

三藩市聯合校區
 學校成功隊 (Student Success Team)
 成長歷史及家人/家庭研究 (4.0)

_____ 學生姓名 _____ 出生日期 _____ 年級 _____ 學校 _____ 面談日期

_____ 接受面談者/關係

與孩子同住家人

姓名	關係	年齡	若是學齡兒童，就讀何校？

不同住的家人或重要人士

姓名	關係	年齡	若是學齡兒童，就讀何校？

成長歷史

母親懷孕月數 _____ 孩子出生時母親歲數 _____ 孩子出生時體重 _____
 孩子出生地 _____ 母親生產方式 (順產、剖腹生產等) _____
 母親產前/產後健康狀況 _____
 產前/產中/產後有任何併發症或異常情形？ _____

嬰兒的健康狀況 (頭數月) _____
 開始走路時歲數 _____ 最初說話時歲數 _____
 家人有否留意到，孩子生長與成長過程中，有任何特別或不同的地方？ _____

身體健康

最近一次身體檢查日期 _____ *醫生姓名及地點 _____
 有沒有發現任何問題？有沒有任何建議？ _____
 最近一次視力檢查日期 _____ 結果 _____
 視力有問題嗎？(例如：視力檢查不合格，遺失了眼鏡) _____
 最近一次聽覺檢查日期 _____ 結果 _____
 聽覺有問題嗎？(例如：耳朵發炎，管子在耳朵內) _____
 有任何持續的毛病或什麼需關注嗎？ _____

孩子有服藥嗎？(例如：醫生處方藥，不需醫生處方即可購買的成藥，或傳統藥物) _____

有遇到意外嗎？有嚴重或持續的病嗎？有住院治療嗎？ _____

身體現在或過去有殘疾嗎？ _____
 神經有過毛病嗎？(例如：突發病，失去知覺) _____
 吃或睡有毛病嗎？ _____
 如廁有問題嗎？(例如：遺尿等) _____

精神健康

家人有關心孩子的行為及/或精神健康嗎？ _____

試描述孩子過去或現在的任何經驗如何影響孩子 _____

過去或現在診斷出精神健康有毛病嗎？ _____

過去或現在有接受輔導或精神治療嗎？ _____

* 提供精神治療者或輔導者姓名 _____ 地點 _____

說話及語言發展

了解與溝通： 很好 _____ 適中 _____ 很差 _____

你及/或其他人難明白孩子的說話嗎？ _____

孩子說話有其他困難嗎？（例如：口吃，說話拖延） _____

請詳細描述（例如：毛病什麼歲數時開始？） _____

動作能力發展

有大動作感到難做嗎？（例如：走路，跑步等） _____

有小動作感到難做嗎？（例如：寫字，繫緊鞋帶等） _____

父母留意到任何困難嗎？（例如：笨手笨腳，走路遲鈍等） _____

群性發展及社會交往

有很多朋友 _____ 有一些朋友 _____ 幾乎沒有朋友 _____ 孤立自己 _____

校內活動 _____

校外活動（例如：宗教小組，社區組織等） _____

孩子能自己洗澡嗎？ _____ 能自己穿衣服嗎？ _____ 能自己進食嗎？ _____

這些日常活動，孩子需幫忙嗎？家中誰提供這些照顧？ _____

孩子幫助做家务嗎？ _____

孩子與家中各人關係如何？ _____

家庭可得到什麼人幫助？（例如：祖父母，鄰居，朋友等） _____

接近孩子人中，誰的身體及/或精神健康有問題？ _____

語言及文化問題

在家所說語言 _____ 孩子喜說的語言 _____

孩子/家人住在三藩市多久？ _____

孩子/家人從前住過什麼地方？ _____

孩子的文化或宗教生活有什麼影響孩子的學校生活？（例如：受限制，不參加某些活動） _____

其他

孩子有什麼長處？你喜歡孩子什麼？ _____

孩子在校若有什麼問題，你認為原因在那裡？ _____

請提供其他資料，可幫助學校教職員了解孩子更多： _____

家長/監護人簽名

面談者簽名

面談者姓名/職銜

註：若醫務人員或精神健康治療人員能提供資料，幫助孩子在校得到支持，請將經署名的同意書給我們，使我們可享用提供給我們的資料。